



Informe de Investigaciones

LAS VIVENCIAS DE LAS MADRES DE INFANTES NACIDOS PREMATURAMENTE

MARÍA CELESTE GÓMEZ

RESUMEN

Si tomamos a la vivencia como el darse cuenta de la comunicación que establece todo ser vivo con su mundo circundante y nos centramos en las madres de niños nacidos prematuramente, notaremos que en ellas esta experiencia tiene características que le son propias, debido a la circunstancia acontecida.

Por tal motivo, se hizo una investigación con treinta casos en los hospitales Ana Goitía de Avellaneda, Lucio Meléndez de Adrogué y Fundación Hospitalaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; entrevistando a estas madres acerca del embarazo, parto e internación.

Al igual que en los animales, rasgos faciales y expresiones son significativos para los propósitos comunicativos y de supervivencia. Funciones vitales como caras regordetas y los reflejos de succión no se encuentran en los bebés que nacen antes de tiempo.

Entonces, ¿qué le sucede a la madre con respecto a estas diferencias, tanto físicas como comunicativas? ¿Cómo vivirá esta experiencia con el nuevo bebé y como será la interacción entre ellos?

Cada momento trae una nueva experiencia para estas madres. La esfera vivencial supera a la parte estrictamente biológico y, a pesar de la tristeza, la ansiedad y la culpa, la vida prevalece.

El 57% de las madres entrevistadas informó haber encontrado un nuevo sentido y aprendido de sus experiencias.

El tratamiento para estas madres tiene que centrarse en la experiencia, en la responsabilidad en lugar de la culpa y en el desarrollo de un "sentido de vida" o aprendizaje.

Palabras clave: Vivencia, Prematuro, UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), Sentido de Vida.



THE EXPERIENCES OF MOTHERS OF INFANTS BORN PREMATURELY

ABSTRACT

We take as “life experience” the communication between a being and its surrounding world. If we take this concept to prematurely born babies’ mothers we will find that, to them, this particular “life experience” has very specific features.

Because of this, a research was carried out on 30 subjects in Hospital Ana Goitia (Avellaneda), Lucio Meléndez (Adrogué) and Fundación Hospitalaria (Buenos Aires), questioning these mothers regarding their pregnancy, birth giving and hospitalization experiences.

As in other animals, human facial features and expressions are significant for communicative and survival purposes. Vital features like chubby faces and suction

reflexes are not found in prematurely born babies.

So, what happens to the mother regarding these differences, both physical and communicative? How will she live this experience with the new baby and the interaction within them?

Every moment brings a new experience to these mothers. The human side overtakes the strictly biological side and in spite of the sadness, anxiety and guilt, life prevails.

57% of the interviewed mothers reported finding new meaning and having learned from their experiences.

The treatment for these mothers then, has to be focused on the experiences, on responsibility instead of guilt and on developing a “meaning of life” or learning.

Key words: Experiences, Premature, NICU (Neonatal Intensive Care Unit), Meaning of life.



Introducción

Las madres que luego de atravesar un embarazo que desencadena en parto prematuro transitan por situaciones particulares durante el parto y la internación de su hijo, debido a la singularidad de este suceso se evidencia como necesario estudiar las características de las vivencias de estas mujeres.

Una investigación sobre vivencias de madres de niños prematuros hospitalizados fue realizada en Colombia. Este fue un estudio fenomenológico con diez madres; los resultados demuestran que

las mujeres vivieron la gestación como una sorpresa de corta duración y final inesperado, percibieron a su hijo distante y ajeno, lo cual es diferente a lo que viven las madres de niños nacidos sanos y a término. Las situaciones que las mujeres vivieron durante el nacimiento y la hospitalización de su hijo retardaron la apropiación del rol de madre cuidadora debido a las restricciones para estar a su lado en la UCIN y participar de su cuidado. (Ocampo, 2013)

Otro antecedente relacionado con la investigación que nos compete es la clasificación de estadios de la "crisis de tener un bebé prematuro" planteada por Martínez (2008). De esta forma él dice:

- 1. Estadio de desorganización:** "desorganización en lo físico, en lo emocional y funcional. También manifestaciones de rabia, culpa, pena, junto a la negación y de sentirse desplazados." (Martínez, 2008, pp. 27-28)



2. **La generación de esperanzas:** "en este punto los padres comienzan a realizar los adecuados ajustes emocionales que les permiten alcanzar una relación más positiva con el bebé y su mundo exterior." (Martínez, 2008, p. 29)
3. **Ajustes:** Luego de haber luchado con sus emociones y sentimientos, de haber podido de alguna manera expresarlos, de haber superado esa difícil etapa de desorganización, la generación de esperanzas comenzará gradualmente a conducirlos hacia los tan necesarios ajustes. Es como si sus vidas comenzaran a ser nuevamente modeladas para poder satisfacer los especiales requisitos de padres prematuros. (...). Empiezan a divisar logros más allá de la inicial sensación de anormalidad y fracaso. (Martínez, 2008, pp.30-31)

Una investigación realizada en Chile sobre la afectividad en madre de niños prematuros hospitalizados hace referencia a que

Los padres desde el primer contacto con la prematuridad, inician un camino salpicado de angustia, temor e incertidumbre, que muchas veces se prolonga más allá de la hospitalización del niño. El cuidado hacia el hijo prematuro es ambivalente, lo maltratan y abandonan o lo sobreprotegen. Se deteriora la imagen de sí mismo, la relación de pareja y la interacción con los otros hijos, lo que muchas veces culmina en la ruptura matrimonial. (Rossel, Carreño, Maldonado, 2002)

Por lo tanto, este trabajo tendrá el objetivo de describir las vivencias de las madres de bebés nacidos prematuramente, durante el parto y la internación del bebé. Además de



analizar la capacidad de resiliencia expresada a través de encontrar un sentido o aprendizaje a la situación vivida.

Para ello hay que tener en cuenta que, según Lorenz (1980) el ser humano, al igual que el animal, tiene reacciones frente a los patterns genéticos de un bebé recién nacido, los cuales faltan en el pretérmino. El animal no reconocería a un prematuro como un cachorro que necesita cuidados especiales, estos comportamientos se despertarían en el ser humano, pero aparecería una ambivalencia frente a la capacidad de elección que le permite sobreponerse a sus primeras sensaciones. Estas actitudes se expresan en sus vivencias.

Nos basamos en las capacidades espirituales del ser humano de libertad y responsabilidad, a diferencia del animal que tiene su destino marcado por su instinto.

Creo necesario realizar este estudio para que los profesionales de la salud puedan conocer con mayor profundidad la psicología de la madre del prematuro, la etapa que está viviendo y las disyuntivas que estas le presentan; y a raíz de esto poder intervenir de la manera adecuada, facilitando de esta forma, manifestaciones relacionadas con lo saludable en la persona y que a su vez le permita comenzar un vínculo adecuado con su hijo, para así poder sostenerlo en el proceso de internación, evitando lo más posible efectos no deseados.



Marco teórico

La idea de persona para la Logoterapia

Creo necesario comenzar con una aproximación a la idea de persona según la Logoterapia ya que en diferentes ocasiones haremos referencia a ella.

Es importante saber de que estamos hablando cuando tomamos un término multívoco como es el de persona. Para esto, no podemos dejar de hacer mención de la Persona estratificada mundo triple – trascendencia.

Persona estratificada mundo triple - trascendencia. Según Oro (1997) el presentar a la persona en forma de estratos es un método didáctico, ya que estos están interpenetrados y funcionan integradamente. Al respecto Lersch sostiene que en las Ciencias del Hombre hay que manejarse con conceptos acentuantes y no limitantes; diciendo esto nos demuestra como nunca se debe perder la visión de conjunto, porque es la persona en su totalidad la que se presenta a la consulta psicológica.

Pero fue Hartmann, N. (Hartmann citado en Oro, 1997) quien introdujo la visión de la persona en estratos e influyó fuertemente en otros autores. Este autor se basa en cuatro esferas o grados del ser: la materia (inorgánico), la vida (orgánico), la conciencia y el intelecto (plano intelectual-espiritual)

Hartmann afirma que la realidad tiene leyes propias en cada estrato y reconoce que los estratos superiores hasta cierto punto dependen de los inferiores. (Oro, 1997, p. 99)

De esta forma se ve como los planos superiores se apoyan en los inferiores pero no están producidos por ellos.



El autor mencionado propone leyes que se rigen en los diferentes estratos, estas serian las siguientes:

- Ley de la fuerza: postula que los estratos inferiores son más fuertes
- Ley de la libertad: los estratos superiores son más libres. Víktor Frankl diría: autonomía a pesar de la dependencia (Oro, 1997, p.100)

Núñez, F. (citado en Oro, 1997) adapta la teoría de los estratos de Hartmann y realiza un gráfico, que representa un modelo abierto de persona, abierto a la libertad y a la responsabilidad.

El mismo autor, dentro del gráfico que realiza propone la existencia de un ser natural, un ser psíquico, un ser espiritual y otro existencial.

Con respecto al primer ser mencionado, este incluye al cuerpo, las funciones fisiológicas, neurológicas. Es el plano inferior o plano básico.

Con respecto al ser psíquico plantea que se puede dividir en consciente y no consciente, siendo este último un concepto mas abarcativo que el de inconsciente, permitiendo incluir diferentes conceptos planteados por distintos autores, como el inconsciente pulsional freudiano, el inconsciente colectivo de Jung y el inconsciente espiritual de Frankl, entre otros.

El ser espiritual es el ser que esencializa a la persona y que se manifiesta en cuanto a ideación. Cuando hablamos de este concepto nos referimos a la capacidad de autoconciencia o conciencia reflexiva, es la capacidad de ensimismarse que tiene el hombre, y que lo diferencia ontológicamente del resto de los seres vivos. Me parece importante hacer hincapié en este concepto ya que depende de la escuela de la que



estemos hablando va a tomar diferentes acepciones la palabra espíritu, que pueden prestarse a confusión, de las cuales nosotros tomamos la referida líneas arriba.

Frankl agrega: "en el léxico de la logoterapia el término espiritual se encuentra ajeno a cualquier connotación religiosa." (Frankl, 2004, p. 124)

Con respecto al ser existencial se puede decir que este no es objeto de conocimiento como los anteriores, por estar en constante devenir, pero sí puede ser objeto de reflexión filosófica. Este plano abre el ser a los otros y a la trascendencia.

Esta persona estratificada se comunica con el mundo en tres aspectos diferentes, a través de otras personas, los objetos y el diálogo con uno mismo. La pirámide se encuentra truncada ya que uno de los aspectos de la espiritualidad humana se manifiesta en el reconocimiento de una trascendencia entendida como lo que está más allá de uno mismo, como un "dirigirse hacia".

(Ver Gráfico 1 de Persona Estratificada Mundo Triple-Trascendencia (Oro, 1997, p. 103) en Anexo gráficos)

Conceptos fundamentales

El sentido

Elevándonos por sobre el estrato psíquico, según Frankl (1965) la logoterapia tiende a tornar consciente lo espiritual, persigue el objetivo de que el hombre cobre conciencia de su responsabilidad, viendo en ella el fundamento esencial de la existencia humana. La responsabilidad sería ante un deber que sólo puede ser interpretado partiendo de un sentido, del sentido concreto de una vida humana en su situación particular.



Según Frankl (1986) el sentido debe y puede ser encontrado, para esto es necesario una guía: la conciencia ontológica, esta es considerada como el órgano de sentido, el mismo autor la define como la facultad de descubrir y localizar ese único sentido que se esconde detrás de cada situación. (Frankl, 1986, p. 103)

El sentido en cierta forma está guiado por los valores que son universales de sentido ligados a la condición humana, son según el autor, posibilidades generales de sentido, universales y abstractos, por lo que no pueden meramente aplicarse a personas determinadas y exclusivas en situaciones irrepetibles, "sino que su vigencia se extiende a amplias áreas de situaciones típicas que se dan repetidamente" (Frankl, 1986, p. 105)

Frente a una determinada situación el hombre debe realizar una tarea y esta sería realizar un sentido, que da la posibilidad, mediante el desempeño de dicha tarea, de realizarnos a nosotros mismos. "Cada situación es un llamamiento que debemos escuchar y al que debemos obedecer" (Frankl, 1986, p. 108)

El hombre no solo busca un sentido, sino que también lo encuentra y esto a través de tres caminos:

Primero de todo ve un sentido en el hecho de hacer o crear algo. Además de esto, ve igualmente sentido en experimentar o vivir algo, en amar a alguien; pero también en una situación desesperada ante la que se encuentra indefenso ve en determinadas circunstancias un sentido. Lo que importa es la actitud y postura con que se enfrenta a un destino irremediable e inmutable. Esta actitud le permite dejar constancia de algo de lo que sólo el hombre es capaz: transformar el dolor o el sufrimiento en un logro positivo. (Frankl, 1986, p. 109)



La tríada trágica y los valores

Según el diccionario de Logoterapia la tríada trágica

está compuesta por el sufrimiento, la culpa y la muerte. Ninguna de ellas puede ser evitada por el hombre, por eso, la logoterapia sostiene la posibilidad de que la tríada trágica se transforme en algo positivo, transformando el sufrimiento en realización, la culpa en conversión, y la muerte en el estímulo para la acción responsable. Esto será posible cuando el hombre, en su posibilidad de *homo patiens* (hombre padeciente - doliente), pueda apelar a los valores de actitud. (Diccionario de Logoterapia, 2005, pp. 140-141)

El sufrimiento estaría definido como “un padecimiento de orden existencial (...) Sufrir significa obrar, crecer y madurar, entendiendo por madurez el alcance de libertad interior a pesar de la dependencia respecto del destino.” (Diccionario de logoterapia, 2005, p. 133)

En lo que respecta a la culpa, podríamos decir que es un “sentimiento que deriva de la conciencia de haber obrado en forma incongruente con nuestra libertad, por lo tanto la culpa es consecuencia de una decisión libre.” (Diccionario de Logoterapia, 2005, p. 36) Esta debe transformarse en conversión entendido este término como “*viraje libre y responsable*.” (Diccionario de Logoterapia, 2005, p. 34)

Si nos referimos a la definición de muerte notamos que esta “quiere decir cosecha, siendo un estímulo para la acción responsable. Por consiguiente, es precisamente la



muerte la que otorga sentido a la vida y a nuestra existencia como única.” (Diccionario de Logoterapia, 2005, p. 87)

Frente a lo expuesto en relación a esta tríada es necesario hacer una, aunque sea breve, referencia acerca de los valores. Estos se encuentran, según expresa Frankl (1965) divididos en tres categorías:

1. Valores creadores: se realizan a través de actos de creación. Como por ejemplo a través del trabajo.
2. Valores vivenciales: Van más allá de lo que podemos dar, como en el caso anterior, sino que hacen referencia a percibir, nutrirnos de determinadas circunstancias. Frankl dice: “se logran en la acogida prestada al universo, por ejemplo en la entrega a la belleza de la naturaleza o del arte.” (Frankl, 1965, Pp. 87, 88)
3. Valores de actitud: Consisten en la actitud que toma la persona frente a una limitación en su vida, o sea frente a las situaciones límite o triada trágica. Vale aclarar que Frankl menciona a la triada trágica como se ha explicado al comienzo de este punto, y Jaspers hace referencia a situaciones límite, agregando el azar. “La posibilidad de llegar a realizar esta clase de valores se da, por tanto, siempre que un hombre se enfrenta con su destino, que no le deja otra opción que la de afrontarlo, lo que importa es cómo lo soporta, como carga con el como con una cruz (...) la vida del hombre conserva su sentido hasta el aliento final” (Frankl, 1965, pp. 88-89). Frente a esto Jaspes dice: “vemos como la diversidad de las personalidades normales reacciona ante la enfermedad por decirlo así con su parte sana” (Jaspers, 1913, p. 463)



Las vivencias

“Lersch define la vivencia como la iluminación desde dentro de la vida. Es el percatarse, el darse cuenta, de la comunicación que establece todo ser vivo con el mundo circundante.” (Oro, 1997, p. 35)

Para aclarar más este término podemos tomar a otro autor:

Ortega y Gasset recién en 1913 propuso el término vivencia para traducir el alemán *Erlebnys* y lo definió como la relación inmediata en que entra un sujeto con ciertas objetividades; y todo aquello que llega con tal inmediatez a mi yo, que entra a formar parte de él, es una vivencia. (Oro, 1997, p. 35)

Entonces podemos decir que la vivencia sería aquello de lo cual nos apropiamos. En el mundo encontramos diversos objetos o acciones que podemos realizar, o no; pero frente a una necesidad específica de una persona con sus particularidades, solo determinadas cosas podrán satisfacerla. Ese circuito que se realiza hasta hacer propio determinado objeto o situación es lo que desencadena en vivencia y que Lersch (1938) ha llamado “Círculo funcional de la vivencia”.

Vale aclarar que los seres humanos tenemos diversas necesidades a diferencia de los animales, podemos tener desde necesidades más básicas como ser las biológicas, hasta necesidades filosóficas o espirituales, siguiendo con la definición de espíritu que nos compete.

Jaspers también se ocupó de este tema, y propuso ciertas condiciones para hablar de “vivencias normales”. Este autor dice:



Vivencias conmocionantes aportan al hombre un estado y experiencias que, medidas en su vida cotidiana, pueden parecerle anormales. Nosotros las tendremos por normales en tanto que, primero, permanezcan en el dominio final por los individuos; en segundo término, en tanto que no tengan consecuencias perturbadoras no previstas; en tercer lugar, que sean más o menos posibles en todos los hombres. El hombre es capaz de soportar lo más extremo en su magnitud extraordinaria. (Jaspers, 1913, p. 412)

Es necesario tener en cuenta que no todas las personas transformarán en vivencias las mismas experiencias vividas. Determinadas situaciones podrían ser vividas de forma más intensa por algunos seres humanos y por otros no. Además dependiendo del momento en el que este suceso ocurra será también el resultado de cómo se viva.

La diferencia de los individuos en sus reacciones vivenciales es grande. Baelz escribe: Mientras unos se asustan ante el menor temblor, otros quedan bastante tranquilos incluso en los temblores más fuertes. Ocurre que un hombre se vuelve mortalmente pálido en el temblor de tierra más leve, aun cuando ha mantenido su valentía en la batalla o en otras partes, mientras que una mujer delicada, que a la vista de un ratón cae en la angustia más salvaje, permanece relativamente serena. Esas e idénticas observaciones nos dan una indicación sobre la amplitud de lo normal. (Jaspers, 1913, p. 414)



Frente a lo expresado podríamos pensar que no todos “eligen” como vivencia significativa los mismos acontecimientos, cada uno hará propias diferentes cosas, según sus necesidades, su estado de ánimo, el momento histórico, la historia personal, su capacidad de autoconciencia en ese momento, etc. De esta manera nos encontramos con el despliegue espiritual de cada persona. Con la capacidad de elegir que permiten los existenciaros de la libertad y la responsabilidad. Pero también nos encontramos con sus condicionamientos, con sus esferas más inferiores que dejan su impronta, pero que no determinan.

Estas vivencias nos van formando; cuando son realmente profundas cambian algo en nosotros, nos dejan un aprendizaje e inclusive pueden mostrarnos un sentido en nuestras vidas.

Todo lo que el hombre vivencia, lo que hace, deja huellas y altera su constitución lentamente. Individuos igualmente constituidos en el momento del nacimiento, pueden caer en orientaciones enteramente distintas por causa del destino y de las vivencias, por la educación y la autoeducación, y, una vez realizada una evolución, un retorno es imposible. En esto consiste lo personalmente responsable de todo vivenciar singular. (Jaspers, 1913, p. 414)

La resiliencia

La resiliencia podría definirse como:



la capacidad que tiene el ser humano de enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido. Al hablar de resiliencia humana, se afirma que es la capacidad de una persona o de un sistema social de vivir en forma saludable y desarrollarse humanamente, a pesar de las difíciles condiciones de vida y más aún, de salir fortalecidos y ser renovado por ellas. (Acevedo, Battafarano, 2008, pp 48, 66)

Las características somáticas, su función vincular y social

Las expresiones faciales representan un signo de fundamental importancia a los fines de la supervivencia.

Lorenz (1980) describe algunos rasgos somáticos comunes a los cachorros de muchas especies de mamíferos (aspecto “regordete”, prevalencia de los diámetros transversales de la cara respecto de los sagitales) que representan un pattern genéticamente programado dirigido a evocar comportamientos de cuidado de la prole del animal adulto de la misma especie.

“Estas características somáticas presentes también en el cachorro de hombre (...) faltan en el pretérmino”. (Lorenz en Vizziello, Zorzi, Bottos, 1992, p. 93)

Por lo que desde el punto de vista de lo biológico, como explican Bottos y Gregorelli (1992), el apego, en estos casos, sería un concepto con una influencia negativa para los padres. Esto también se vería incrementado por la falta de maduración de muchos signos sociales en estos bebés, como por ejemplo el llanto que se presentaría de manera débil y la inmadurez en la succión en su doble aspecto nutritivo y no nutritivo, entre otros.



Als (1982) postula que el niño a término tiene capacidad para evocar respuestas sociales en su ambiente debido a que alcanzó el control sobre el estado de regulación autónoma y motriz. Pero cuando un niño nace pretérmino no tiene completa la maduración de la integración entre estas áreas y se encuentra frente a tareas de desarrollo demasiado complejas para sus recursos. A esto dio por llamar “Teoría Sinactiva”.

Otro punto importante relacionado a las respuestas sociales es la mirada. Marcelli, D. (2006) se ocupó de desarrollar este tema y plantea que las funciones sociales en las que participa la visión son de tres órdenes: la detección de presas, la detección de predadores y el reconocimiento de congéneres. Esto permite ajustar su comportamiento dependiendo de la situación que se plantea: atacar, huir, aparearse, rivalizar o jugar con otros.

Al igual que en los animales, en los seres humanos podemos encontrar estas características. La fuerte atracción que implica la mirada del otro, es acompañada de una capacidad para discriminar la forma global de un rostro y expresiones emocionales. Esto afianza el proceso de apego en los seres humanos. En relación a este tema Marcelli describe lo que se llama transmodalidad o intermodalidad. Esta sería la capacidad del bebé humano de transferir la expresión de emoción percibida en la cara de quien está relacionado con él, en una expresión idéntica en su propio rostro. De esta forma se transfiere una representación de un dominio sensorial a otro, en este caso una percepción visual se transfiere a un dominio de la motricidad.

En este proceso de reconocimiento de rostros, lo más probable es que encontremos componentes innatos pero es reforzado por la capacidad de cruzar en forma



sostenida la mirada entre la madre y el bebé y por la imitación cruzada que la acompaña. En los seres humanos aparece la intención que acompaña al mirar. Notamos que en prematuros estas actividades estarían dificultadas por su inmadurez.

Un nacimiento diferente

Nacimientos de riesgo. Cuando nos encontramos frente a una UCIN estamos en contacto con niños nacidos de riesgo, esto se define de la siguiente manera:

son nacidos de riesgo aquellos neonatos que han sido expuestos a procesos que comprometieron su embriogénesis, la salud fetal durante la gestación o durante la transición a la vida extrauterina, y que son susceptibles de padecer enfermedades e incluso morir a causa de trastornos físicos o complicaciones de parto. (Soria, 2009, p. 69)

Dentro de esta categoría podemos encontrar a todo bebé que requiera de cuidados especiales, también se engloba a los recién nacidos vivos de embarazos no controlados o de los que se carece de una anamnesis completa, y por supuesto, la prematuridad.

El recién nacido pretérmino. Según diferentes organismos (Unicef, Childcare Health Program, SAP, entre otros) se considera prematuro a todo bebé nacido antes de las 37 semanas de edad gestacional, aunque es ideal que un embarazo pueda durar hasta la semana 40.

Existe una clasificación dentro de los nacimientos pretérmino, que Unicef la plantea, según la edad gestacional, de la siguiente manera: “prematurez moderada, EG entre 36 y



31 semanas, extrema entre 30 y 28 semanas y muy extrema nacidos antes de las 28 semanas” (Unicef, 2010, P 4)

Soria (2009) refiere que detectar la edad gestacional es fundamental para comprender las manifestaciones que el bebé presenta, esto permite planificar el cuidado inmediato para prevenir el agravamiento del cuadro y adelantarse a las posibles complicaciones. Existen tablas que permiten al personal de salud guiarse y evaluar los signos físicos y neurológicos, como es el caso del puntaje de Ballard.

La prematuréz en números. Según Erpen, N (2009) alrededor de un 9% de los recién nacidos tiene menos de 37 semanas, de ellos un 6% posee menos de 36 semanas. Si bien en comparación con la cantidad total de nacimientos esto números representan un porcentaje muy bajo, la realidad es que contribuyen altamente a la tasa de mortalidad infantil (20 a 50% de los niños que fallecen antes del año), a su vez, entre los que sobreviven se evidencia un alto porcentaje de morbilidad, inclusive a largo plazo (50%)

Según el Ministerio de Salud (2012), si nos situamos a nivel mundial, aproximadamente 1 de cada 10 bebés nacen antes de término (más de 15 millones), de ellos 1,5 millones fallecen por año producto de las complicaciones ocasionadas por el nacimiento temprano.

En nuestro país las estadísticas realizadas por el mismo organismo en el año 2010 demuestran que 8 de cada 100 niños han nacido prematuros, informa a su vez que no se cuentan con datos precisos acerca de la supervivencia de estos niños, pero si podemos tomar como dato interesante que un tercio de los niños que murieron ese año, durante su



primer año de vida, eran infantes con bajo peso o muy bajo peso al nacer; condición asociada a la prematuréz, aunque no exclusiva de ella.

Metodología

Muestra

El tamaño de la muestra fue de 30 madres de niños nacidos prematuramente. Las entrevistas fueron realizadas en el Hospital Lucio Melendez de Adrogué, Hospital Materno – Infantil Ana Goitía de Avellaneda y Fundación Hospitalaria Hospital Privado de Niños en CABA, dentro de la UCIN y a madres que concurrían a consulta por seguimiento de prematuros por consultorio externo. Las mujeres participantes tenían entre 15 y 45 años de edad. Las edades gestacionales de los infantes al nacer se encontraron entre 26 y 36 semanas de edad gestacional.

Fueron incluidas todas aquellas mujeres que dieron a luz a un bebé prematuro que se encuentre internado en unidad de terapia de neonatología y pediátrica o que haya estado internado como máximo tres años antes del momento de la entrevista (cantidad de tiempo que abarca el período perinatal). Fueron excluidos aquellos casos en que no existió supervivencia del bebé en el momento de la entrevista.

Instrumentos

Con el fin de realizar entrevistas fenomenológicas para un método comprensivo, se utilizó la Entrevista de vivencias de madres de niños nacidos prematuramente. La cual está estructurada comenzando con datos formales, luego indaga acerca del embarazo, el parto, la internación, incluyendo un interrogante acerca del sentido de la situación vivida y



por último un ítem que haría referencia a las conclusiones de la misma, integrando los sentimientos contradictorios presentes en estas etapas nombradas. Esta entrevista fue elaborada con el fin de abarcar satisfactoriamente los objetivos de esta investigación.

A su vez los datos fueron complementados con la Entrevista Perinatal (Oberman, 2005) La Entrevista Perinatal consiste en una entrevista psicológica semidirigida. Esta tiene en cuenta

el grupo familiar, las características de la pareja, la situación socioeconómica, la historia familiar, la actitud ante el último embarazo, el impacto ante este nacimiento, los problemas físicos y psicológicos suscitados durante el embarazo y los sucesos significativos vividos por la madre durante el último año o años anteriores que se resignifican en ocasión del embarazo en curso o nacimiento. (Oberman, 2011)

Procedimientos

Se realizaron las siguientes actividades:

1ro - Se elaboró una herramienta para entrevistar adecuadamente, según los objetivos perseguidos, a las madres de bebés prematuros (Entrevista de vivencias de las madres de niños nacidos prematuros)

2ro - Se entrevistó a las madres de bebés prematuros internados en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales o Pediatría del Hospital Materno Infantil Ana Goitía, Hospital Meléndez y Fundación Hospitalaria. Como así también a las madres de seguimiento de alto riesgo.



3to - Se utilizó la Entrevista Perinatal (Oberman) para complementar los datos obtenidos.

Resultados

Las vivencias de las madres de niños nacidos prematuros

Retomando la idea anteriormente planteada acerca de las características somáticas y sus funciones, podemos decir que un 64% de los padres se encuentran con un niño que no se parece al bebé imaginado durante el embarazo. Su aspecto puede impresionarlos, les parece muy pequeño, frágil y los sensibiliza ver los cables a los que se encuentra conectado. Pero si analizamos con mayor profundidad nos encontramos con que las características de su cuerpo, sus funciones y la manera de comunicarse no son las que nuestra percepción o intuición captaría como lo adecuado, como una situación viable, debido a que su estructura corporal y sus capacidades envían un mensaje que puede ser frustrante y angustiante para los padres.

Pero hay algo, que al principio, tal vez no pueda explicarse con simples palabras, que hace que estos padres sigan adelante, apoyen a su bebé, apuesten a la vida. Esto sería el significado que le dan a “su” vivencia posibilitada por el estrato espiritual anteriormente explicado, esfera específicamente humana, que nos permite sobreponernos a las situaciones límite, ser libres a pesar de, “para” algo y no libres “de” algo.

Pero lo expresado anteriormente no sucede sin acarrear diferentes consecuencias, ni es vivido sin transitar un largo proceso, por tal motivo, a partir de experiencias referidas por las propias madres nos encontramos con que en el momento del nacimiento y en los primeros meses de vida del bebé van a aparecer una serie de vivencias que pueden expresarse a través de versos.



Las etapas a las cuales nos referimos son las siguientes:

1. Durante el parto o cesárea

Nacimiento vs retención. Muchas madres manifiestan que cuando al presentarse el momento del parto prematuramente, se les pedía que ayudaran a nacer a sus bebés; pero el sentimiento real era de no querer que nazcan, ya que todavía no debería ser el momento, todo esto acompañado de una gran angustia y miedo, con el deseo de poder retener en su vientre a este bebé. Aparecen frases como: “le faltó panza” o “no quería que naciera”.

Pero cuando por cuestiones médicas el nacimiento ya no puede esperar, este se adelanta y las mamás se ven forzándose a colaborar en algo que no quisieran estar viviendo.

Esta sensación puede incurrir en un sentimiento de culpa, ya que los pedidos de médicos, enfermeras o de sus propios familiares podrían ser interpretados por la mujer como que no está haciendo lo necesario por su hijo.

El parto no solo se da desde un lugar biológico, sino que la esfera psicológica estaría implicada, por tal motivo podríamos situar un “parto psicológico” con el cual el psicólogo perinatal trabaja, propiciándose un encuentro entre la nueva madre y el profesional de salud, para de esta manera, colaborar con el encuentro principal que se dará entre madre e hijo.

En relación con las formas de nacimientos de estos bebés, un 77% de los niños nace por cesárea de las cuales el 52% sería de urgencia, lo cual incrementa la sensación de situación límite por lo imprevisto de la circunstancia. Solo un 57% de madres logra tener contacto con su bebé en el momento de nacimiento.



Las madres refieren diferentes sensaciones en esta etapa, presentándose en una misma persona sentimientos positivos y negativos entremezclados, notando un incremento de las sensaciones negativas (60%), siendo las positivas un 40%. (ver anexo, Gráfico 2)

2. Internación

Alegría vs angustia y ansiedad. Frente a los sentimientos contradictorios que aparecerían, las madres se muestran interesadas en poder mantener la sensación de alegría, ya que, a pesar de todo lo vivido, está aconteciendo ese momento tan esperado de la llegada de su hijo.

Pero desde la logoterapia intentamos que esta alegría no se asocie a negación sino que pueda vincularse con una capacidad de encontrar un aprendizaje a la situación vivida, esa posibilidad de sentido que nos ofrece esta circunstancia y ligarlo a las potencialidades encerradas en cada persona, inclusive las potencialidades de ese bebé, aunque al principio sean poco evidentes.

Es en esta etapa donde vemos un incremento de los sentimientos negativos en relación con la etapa anterior, encontramos que un 35% de las madres entrevistadas refieren sensaciones positivas a la vez que aparecen sentimientos contradictorios relacionados a aspectos negativos en un 65% (ver anexo, Gráfico 3). Esto puede deberse a que es en este momento donde se empieza a tomar mayor conciencia de la situación y cuando la madre puede comparar la imagen que tenía del bebé durante el embarazo con la real, (recordemos que el 64% de las madres entrevistadas aseguran que la imagen del niño no coincide con la idea del bebé imaginado durante el embarazo)



No saber vs búsqueda asertiva de información. Los padres reciben a diario, a través de médicos y enfermeras el parte médico de sus bebés internados en neonatología. En este relato se encuentran con palabras que no conocen y con modalidades que perciben como extrañas. Esto les genera angustia y ansiedad que intenta ser calmada, muchas veces, a partir de buscar información sobre lo que está sucediendo. Pudiéndose encontrar con que al recibir cada vez más información, más grande es el pozo de angustia en el que caen. En ocasiones porque los profesionales no saben cómo transmitirles lo que está pasando con sus bebés y otras veces sucede esto porque se busca información en lugares donde no hay filtro, como por ejemplo Internet. Además un factor a tener en cuenta es la contención con que es transmitida la misma.

Frente a la situación planteada puede ocurrir que la madre decida no interrogarse por lo que sucede con su hijo, dejar de preguntar o averiguar información al respecto, como así también preguntar repetidas veces a diferentes profesionales sobre el estado de su bebé.

Entonces, un 17% de madres se encuentra en la franja en la cual aparecerían dificultades para manejar adecuadamente la información, ya sea por falta o exceso.

Frente a esto un 77% de madres afirma que se sienten más seguras al buscar la cantidad de información necesaria y de buena fuente para poder brindarle a su hijo la contención necesaria según su estado y posibilidades. (ver anexo, Gráfico 4)

Culpa vs tranquilidad. En este versus nos situamos dentro de otra situación límite como es la culpa. Es muy común que frente a la situación límite que podríamos llamar principal, por la que está pasando la mamá y el bebé, que es el sufrimiento frente al nacimiento



prematureo y todo lo que este implica, nos encontremos con que la culpa acompaña este proceso.

La madre puede llegar a sentir que fue culpable del nacimiento prematuro. Pero es necesario aclarar que solo un 3% de las madres entrevistadas refiere no haber realizado los cuidados y controles prenatales necesarios.

Del total de las mamás un 60% manifiesta haber transitado durante su embarazo por situaciones límites o life events, de las cuales podemos nombrar al embarazo/parto/cesárea en si como life event (26%) y al fallecimiento de un ser cercano como las de mayor porcentaje (16%). Aparecen en menor medida las siguientes situaciones: enterarse durante el embarazo de la patología del bebé en gestación, de algún otro familiar o de la propia madre; necesidad de hacer reposo, preocupación por otro hijos, desocupación, violencia, problemas económicos, problemas de pareja, desarraigo y abortos anteriores o feticidio. (ver anexo, Gráfico 5)

Además un 47% de madres aseguran haber sentido angustia y otro 30% ansiedad durante su embarazo sin una explicación evidente.

Un 44% de madres afirma haber presentado el desencadenamiento temprano del nacimiento (Presentimiento de parto prematuro).

Si bien el sentimiento de culpa acompañado también de desesperación y/o miedo (71%); prima en estas circunstancias aparece la contrapartida de la tranquilidad de que sus hijos están siendo atendidos por profesionales especializados y tecnología adecuada, y más allá de esto, muchas mamás hablan de fé, de una intuición de que los resultados



serán favorables. Por lo que, a pesar del sentimiento de culpa un, aproximadamente 57% de las mamás logra encontrar momentos de tranquilidad junto a sus hijos.

3. Durante la internación y/o alta

Lamentación vs búsqueda de sentido. Encontramos, en casos de nacimientos prematuros, sentimientos negativos que llevan a las madres a lamentarse, enojarse con ellas mismas e inclusive con su pareja y médicos (Aproximadamente un 30% de las madres manifiesta algún conflicto con la pareja u otros familiares; además un 10% aproximadamente refiere tener un trato distante o no llevarse bien con el personal de salud)

Si nos referimos a los porcentajes en relación a la Entrevista de madres de prematuros, un 43% de madres no logra durante la etapa de internación encontrar un sentido o aprendizaje a lo vivido. Pero aproximadamente el 57% restante asegura encontrarlo (ver anexo, Gráfico 6).

Las madres que se plantearon este tema por su propia cuenta o sugerido por la entrevistadora, se mostraron con expresiones faciales de alivio (relajación de la tensión de los músculos faciales, sonrisa, cambio de la dirección de la mirada, etc).

Conformar las propias necesidades vs. conformar las necesidades de la familia extensa.

Es importante tener en cuenta que el bebé estará inserto en un encadenamiento familiar que va más allá de sus padres.

Estos miembros son importantes no solo para el nuevo niño, sino para el apoyo de los padres. Pero en esta circunstancia tan particular de internación no siempre el vínculo



con estas personas de la familia va a darse con tanta fluidez como en otros casos, por un lado debido a los cuidados necesarios para el correcto desarrollo del bebé y por el otro porque aparecen miedos en los padres asociados al contacto con otros.

Un 22% aproximadamente de madres hace referencia directa a este tema, cuestión que podría empezar desde el embarazo y se incrementa en la internación.

Las mamás refieren que las personas de su familia no logran comprender realmente lo que se vive en la unidad, ni los riesgos que se corren, minimizan esta experiencia y reclaman estar con el bebé como si este estuviera en su casa luego de haber nacido en las condiciones esperadas.

Esto genera una ambivalencia en las madres, por un lado enojo por esta actitud pero por el otro comentan que entienden que su familia quiera vincularse con este nuevo niño y refieren que creen que esto es beneficioso para el bebé, aunque temen por su salud.

El efecto resiliente de la pregunta por el sentido

Una parte importante de la herramienta utilizada para esta investigación es la *Entrevista de vivencias de madres de niños nacidos prematuros*, en la cual nos encontramos un ítem a completar: si la persona le encuentra o no sentido a lo vivido en esta experiencia, o mejor aún, si puede transformar esta circunstancia dolorosa en una vivencia significativa, si le deja algún aprendizaje y cómo es ese aprendizaje.

Un 16% de mujeres en esta situación está en condiciones de hacer referencia al sentido espontáneamente.



Aparecieron signos interesantes ante este cuestionamiento, cuando la mamá hacía referencia directa a este punto o se le preguntaba por él, en su rostro se establecían ciertos cambios que no pudieron ser pasados por alto, ya que no solo habla el lenguaje verbal, sino también el facial y el corporal en general. Sobre todo en una etapa tan particular como el puerperio en donde las madres vuelven su estilo de comunicación más corporal, como será en un principio el de su hijo.

Estos signos serían los siguientes:

- *Corporales:*

- Relajación de los músculos anteriormente tensos de la cara
- Mirada relajada y cambio del ángulo de la mirada, en el caso de que estuviera desviada hacia otro lado, generalmente desde la línea media hacia abajo; buscando la mirada del interlocutor, por otros momentos desviándola hacia arriba y hacia la diagonal.
- Aparece sonrisa desde leve hasta más pronunciada.
- Si su pareja se encuentra cerca lo busca con la mirada, al igual que a su bebé.
- El tronco tiende a enderezarse
- Hay más movimiento y expresión que en otros momentos de la entrevista.

- *Verbales*

- Frente a la pregunta contesta rápidamente que esto sí le sucede, luego se toma un tiempo para ordenarse y encontrar las palabras para explicar lo que siente.



-Aparecen palabras como aprendizaje, sentimiento, intuición, sentido, fe, inclusive Dios y destino.

-Si su pareja está cerca no solo lo incluye desde lo gestual sino que es el momento de la entrevista en donde se obtuvieron mayor cantidad de respuestas compartidas con aporte del padre.

Encontrar una respuesta a esta pregunta desde un momento tan temprano no es poca cosa, evidencia una capacidad resiliente al salir fortalecido a pesar de la situación límite vivida. Es contactarse con lo positivo de la situación, con lo sano de la persona.

Pero no es la respuesta solamente la que nos brinda esta posibilidad, se pueden encontrar estos factores en la pregunta, ya que todo comienza con un cuestionamiento hacia uno mismo, también el hecho de que alguien nos lo pregunte, cuando tal vez no se nos ocurrió pensar en ello, abre una puerta. Un porcentaje de mamás no logró ubicar una respuesta concreta (6%) aunque se sintieron identificadas con la pregunta; un 43% contestó que no encuentra aprendizaje alguno por el momento. Por lo que el hecho de solo preguntarlo, de avivar ese cuestionamiento en la persona tiene su efecto, que no es cualquier efecto, sino uno resiliente.

Conclusiones y Discusiones

A través del análisis de los treinta casos estudiados nos encontramos con que, enfocándonos en las vivencias de las madres de niños nacidos prematuros, estas mujeres transitan el parto y la internación con ciertas particularidades. Se presentan en ellas contradicciones que denotan un conflicto entre lo esperado con lo encontrado en relación



con su bebé. Al igual que lo demuestra otro estudio realizado en Colombia por Ocampo (2013) al encontrar, estas madres dificultades en apropiarse de su hijo. Las características físicas y sus posibilidades de comunicación hacen que la sensación ante este bebé no sea la imaginada por sus madres. Allí aparecen los versus planteados en el desarrollo: Durante el parto o cesárea: Nacimiento vs retención; en la internación: Alegría vs angustia y ansiedad, No saber vs búsqueda asertiva de información y Culpa vs tranquilidad. Durante la internación y/o alta: Lamentación vs búsqueda de sentido y Conformer las propias necesidades vs. Conformer las necesidades de la familia extensa. Estos se extienden dentro de una línea de polaridades en cada madre influenciada por su historia personal, vivencias durante el embarazo, capacidad de resiliencia, entre otras.

Se comparte la idea de Martínez (2008) de percibir etapas en la situación vivida por las madres de infantes prematuros, pero no como vivencias cronológicas sino con las características antes descriptas.

A su vez es interesante encontrarse con que, aun nos situemos en etapas tempranas de internación, las madres se cuestionan acerca del sentido o aprendizaje de lo vivido. El 57% de ellas puede responder acerca de esta pregunta y un 16% puede referirse al sentido espontáneamente.

Nos anoticiamos de ciertas particularidades entre las madres que hablaban sobre este tema y vimos como signos verbales y físicos se manifestaban en relación al sentido, por lo que encontraríamos un efecto resiliente sobre la pregunta del sentido.

Según Rossel, Carreño & Maldonado (2002) debido a la situación de prematuridad las madres de estos niños manifiestan afectivamente signos negativos como ser la agresión, sobreprotección y conflicto con ciertos vínculos, como por ejemplo la pareja y otros hijos,



en donde comentan encontrar rupturas matrimoniales. El presente estudio no ha arrojado estos resultados, tal vez porque se centra en una etapa de internación y el periodo posterior cercano a la misma. Los resultados apuntan a un comportamiento más resiliente, pero hay un porcentaje de madres que manifiesta ciertos conflictos con su pareja (30%), médicos y enfermeras (10%). Queda abierta la posibilidad de realizar un seguimiento de casos y comparar resultados; como así también de realizar un estudio acerca del presentimiento de parto prematuro como posible indicador obstétrico.

Entonces, desde la psicología, teniendo en cuenta lo planteado por la logoterapia, nos insertamos allí, en la situación límite, para fomentar la capacidad de autoconciencia y para dar cuenta de que ese bebé es mucho más que su prematuréz.



Referencias

- Acevedo, G; Battafarano, M. (2008). *Conciencia y Resiliencia*. [Conscience and Resilience]. Argentina. Editado por Centro Viktor Frankl para la difusión de la Logoterapia.
- Bowlby, J. (1972). *Cuidado maternal y amor*. [Maternal care and love]. México. Fondo de cultura económica.
- Comité Científico de enfermería neonatal. (2009). *Cuidados en enfermería neonatal*. [Neonatal nursing care]. Argentina. Ediciones Journal. S.A.M.I.C. Prof. Dr. J. P. Garrahan. 3ra edición.
- Guerra, L. (2009). *Según vivimos así enfermamos. Sobre cáncer de mama*. [As we live so sick. About breast cancer]. Buenos Aires. Ed. De los cuatro vientos.
- Guberman, M; Perez Soto, E. (2005). *Diccionario de Logoterapia*. [Dictionary of Logotherapy]. Buenos Aires – México. Grupo Editorial Lumen Hvmánitas.
- Fava Vizziello, G., Zorzi, C., Bottos, M. (1993). *Los hijos de las máquinas*. [The children of the machines]. Buenos Aires. Ed. Nueva visión.
- Frankl, V. (1994). *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. [The suffering man. Anthropological foundations of psychotherapy]. Barcelona. Ed Herder.
- Frankl, V. (1991). *La Voluntad de Sentido*. [The Will to Meaning]. Barcelona. Ed. Herder.
- Frankl, V. (1965). *Psicoanálisis y existencialismo*. [Psychoanalysis and existentialism]. México. Fondo de cultura económica.
- Frankl, V. (1986). *La presencia ignorada de Dios*. [The presence ignored of God]. Barcelona. Ed Herder.



- Freud, S. (1987). Las dos clases de pulsiones. [The two classes of drives]. En *Obras completas* (Vol. XIX). Buenos Aires; Amorrortu editores. (Texto original publicado en 1923).
- Jaspers, K. (1913). *Psicopatología General*. [General Psychopathology]. México. Fondo de cultura económica.
- Larguía, M., Schapira, I., Aspres, N., y colaboradores. (2009). *Guía para padres de prematuros*. [Guide for parents of premature]. Argentina. División Neonatología Hospital Materno Infantil R. Dardá. Fundación Neonatológica para el Recien Nacido y su Familia.
- Marcelli, D. (2006). *Les yeux Dans les yeux – L´enigme du regard*. [The eyes in the eyes. The enigme of sight]. París. Ed. Albin Michel.
- Martínez, J. (2008). *Los bebés prematuros y sus padres*. [Premature babies and their parents]. Buenos Aires. Cesarini hnos Editores.
- Ministerio de Salud (2012). Semana del prematuro 2012. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/46/290-semana-del-prematuro-2012>
- Oro, O. (1997). *Persona y personalidad*. [Person and personality]. Argentina. Fundación Argentina de Logoterapia Viktor E. Frankl.
- Oiberman, A., Santos, S., Galli, M., Mansilla, M., Fernández, M., Cicala, T., Nieri, L. (2011). Detección de situaciones de riesgo psicosocio-perinatal. [Detection risk situations psychological, social and perinatal]. Disponible en: http://vcongresopsicologia.seadpsi.com.ar/trabajos/e2-000630-11-10-11_14-02-38.pdf



Rodríguez, D., Ceriani Cernadas, J. (2006). *Bebés prematuros. Sus días en neonatología, llegada a la casa, el seguimiento*. [Premature babies. His days in neonatology, arrival at the house, monitoring]. Buenos Aires. Hospital Italiano de Buenos Aires. Del Hospital Ediciones.

Spitz. R. (1979). *El primer año de vida del niño*. [The first year of the child]. Argentina. Fondo de cultura económica.

Unicef (2010). *Aprendizaje y escolaridad del niño prematuro*. [Learning and schooling of premature children]. Argentina. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/escuelas_prematuros2.pdf

Vickie Leonard. (2009). *Que se puede esperar de un bebé prematuro en su primer año de vida*. [What can you expect of a premature baby in the first year of life]. California. Childcare Health Program. Disponible en: http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/healthandsafety/Preemie_Sp0309.pdf



Anexo Gráficos

Persona Estratificada Mundo Triple Trascendencia

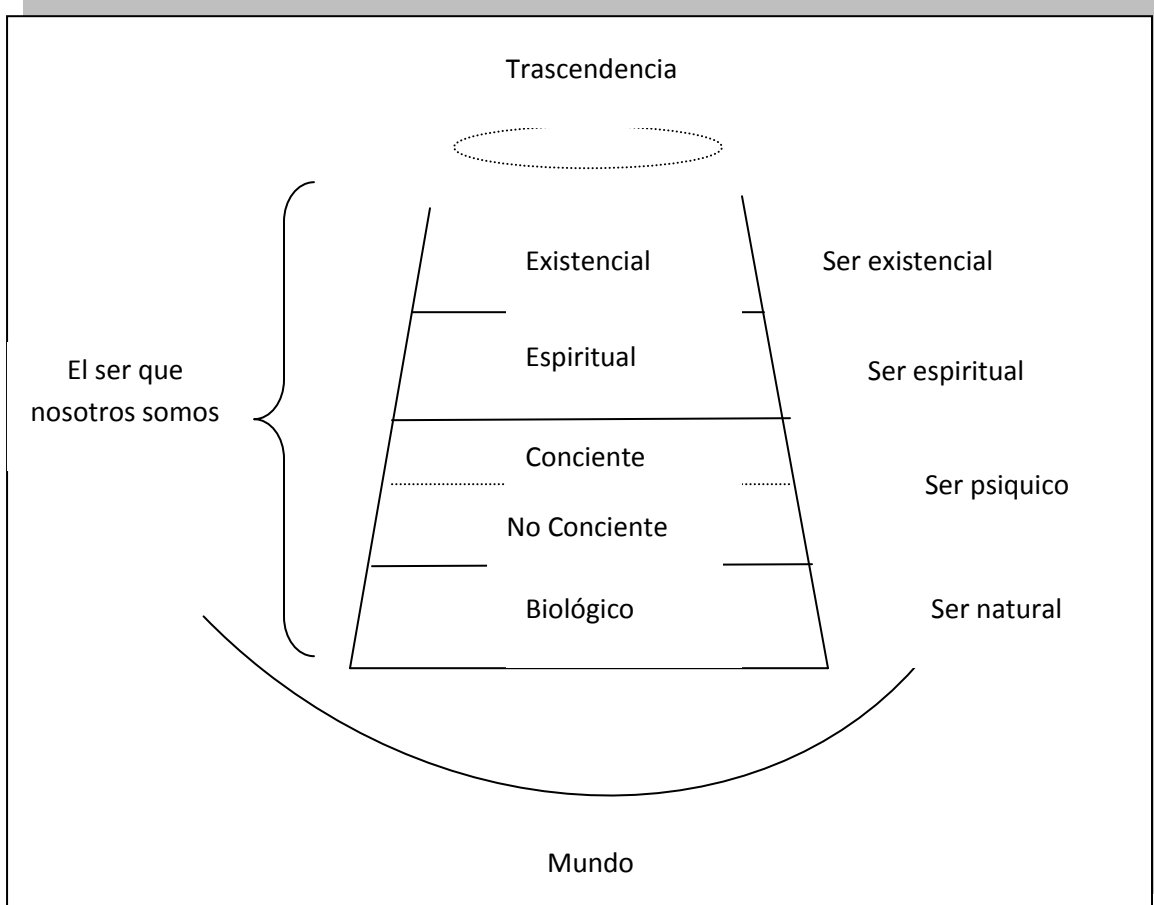


Gráfico 1



Gráficos de Entrevista Vivencias de madres de niños nacidos prematuros



Gráfico 2

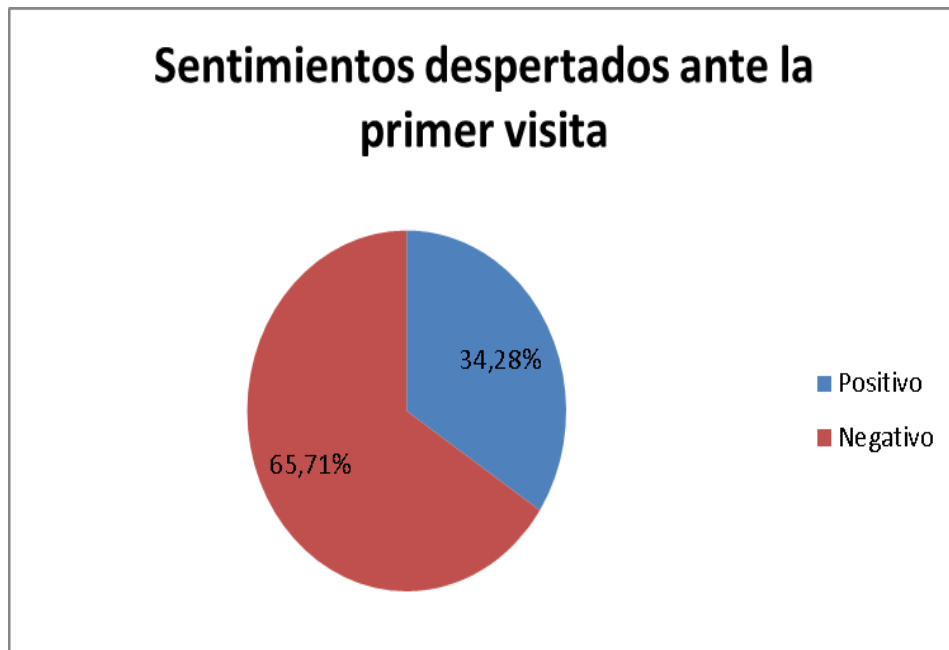


Gráfico 3

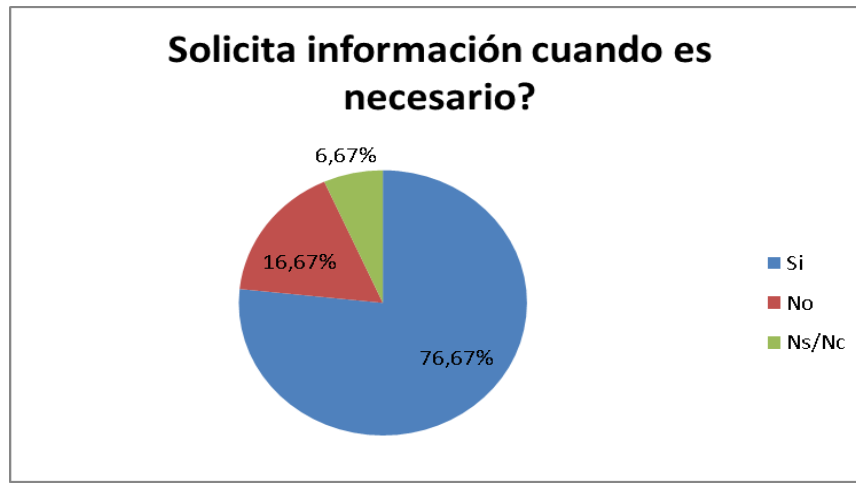


Gráfico 4



Gráfico 5

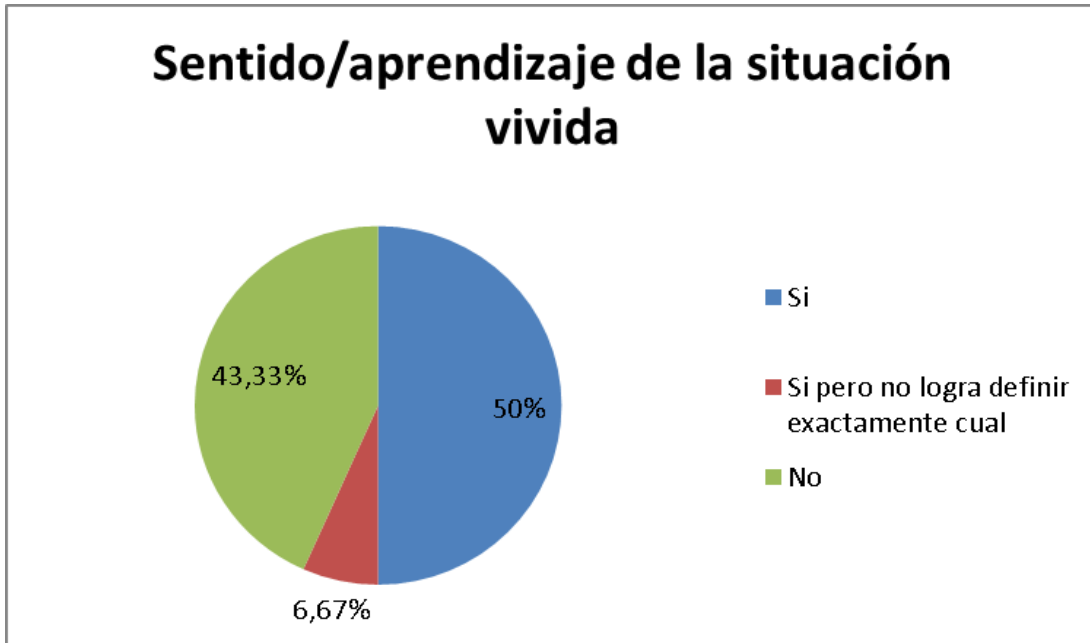


Gráfico 6



Anexo modelo entrevista

Fecha:

Entrevista de vivencias de madres de niños nacidos prematuramente

Nombre mamá:

Nombre papá:

Nombre Bebé:

Edad gestacional:

Fecha de nacimiento:

Durante el embarazo

¿Realizó los cuidados y controles prenatales? Si No

¿Tiene antecedentes médicos? Si No ¿Cuales?

¿Presintió/soñó que iba a tener un bebé prematuro? Si No

¿Imaginó al bebé? Si No ¿Cómo lo imaginó?

¿Sintió ansiedad durante el embarazo? Si No

¿Sintió angustia durante el embarazo? Si No

¿Tuvo situaciones de duelo durante el embarazo? Si No

¿Tuvo situaciones límites durante el embarazo / life events? Si No



Durante el parto

¿Cómo se desencadenó el parto? Normal Cesárea Urgencia Programada

¿Que sentimientos se despertaron?

¿Tuvo contacto con el bebé en el parto? Si No

Durante la internación

¿Cuanto tiempo después del parto fue a ver a su bebé? ¿Por qué? 1er día 1er Sem
2da sem mas

¿Qué sentimientos se despertaron?

¿Tuvo síntomas depresivos? S No

¿Hubo signos de duelo anticipado? Si No ¿cuales?

¿Se parece al bebé imaginado? Si No

¿Le encuentra sentido / aprendizaje a esta situación? Si No

¿Cómo se relaciona con los médicos y enfermeros?

¿Solicita información cuando es necesario? Si No

¿Puede proyectar con este bebé? Si No

Conclusión

¿Tuvo sentimientos contradictorios en un corto período de tiempo? Si No

¿Cuáles?

¿En qué momento? Embarazo Parto Internación Alta

Observaciones: